

第75回健康保険山形県『卓球大会』参加申込書

監督者氏名

事業所名

事業所所在地 (〒 - )  
山形県

連絡先 - -

(当日の連絡先 - - )

※申込部門の右欄に○印を付けてください。

団体戦			個人戦		
男子		女子	男子一般(45歳未満)		女子
			男子45歳以上		

	フリガナ 氏名	健康保険被保険者証の 記号・番号	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			

※各部門の申込み数に応じコピーしてご使用ください。

参加申込及び問合せ先 (大会事務局) 一般財団法人 山形県社会保険協会  
〒990-0043 山形市本町 2-3-38 岩城ビル 4F 電話 023-642-6261 FAX 023-633-4114